

S U J E T :

“ Essais cliniques en Pédiatrie d'un
nouveau Corticoïde : la Dexaméthasone
(Oradexon - élixir)

(A PROPOS DE 100 OBSERVATIONS)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MEDICALE INFANTILE
C.H.U. ALGER - Professeur B. KHATI

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue Publiquement le 25 Juin 1974
par

ABDEDDAIM Mohamed Mourad
Né le 9 Novembre 1946 à Sidi-Bel-Abbès

M E M B R E S D U J U R Y

M. KHATI B. Professeur de Clinique Médicale Infantile	}	Président
M. KEDDARI M. : Maître de Conférence agrégé (Pédiatrie - Puériculture)		
M. YSMAIL DAHLOUK M. : Maître de Conférences agrégé (Dermatologie - Syphiligraphie)	}	Juges
M. BENBOUZID S. Maître - Assistant (Pédiatrie - Puériculture)		

S U J E T :

**" Essais cliniques en Pédiatrie d'un
nouveau Corticoïde : la Dexaméthasone
(Oradexon - élixir)**

(A PROPOS DE 100 OBSERVATIONS)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MEDICALE INFANTILE
C.H.U. ALGER - Professeur B. KHATI

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue Publiquement le 25 Juin 1974
par

ABDEDDAIM Mohamed Mourad
Né le 9 Novembre 1946 à Sidi-Bel-Abbès

M E M B R E S D U J U R Y

M. KHATI B. Professeur de Clinique Médicale Infantile	}	Président
M. KEDDARI M. : Maître de Conférence agrégé (Pédiatrie - Puériculture)		
M. YSMAIL DAHLOUK M. : Maître de Conférences agrégé (Dermatologie - Syphiligraphie)	}	Juges
M. BENBOUZID S. Maître - Assistant (Pédiatrie - Puériculture)		

UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY
DEPARTMENT OF MEDICINE
P.O. BOX 17
3300 AA LEIDEN

1917

Examen clinique en médecine d'un
nouveau candidat : la Dermatologie
(Oudekerk - 1917)

(A propos de la dermatologie)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MEDICALE INTERNALE
CHIRURGIE - MEDICINE - PEDIATRIE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDICINE

PRESENTEE A L'UNIVERSITE DE LEIDEN

PAR

LE DOCTEUR EN MEDICINE
MR. J. H. O. DE VRIES



MEMBER OF THE

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF LEIDEN

DEPARTMENT OF MEDICINE
P.O. BOX 17

3300 AA LEIDEN

UNIVERSITY OF LEIDEN

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères, si j'y manque.

.....

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Je dédie cette thèse :

A la mémoire de mon père :

en témoignage de mon inaltérable souvenir .

A ma mère :

pour les sacrifices qu'elle s'est imposée tout au long de mes études .

Qu'ils reçoivent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance .

A mon frère aîné pour les constants et affectueux encouragements qu'il m'a prodigué, qu'il daigne trouver ici toute ma gratitude .

A ma soeur et mes frères avec toute mon affection .

A ma belle soeur et à mon beau-frère avec mon affectueux
attachement .

A mes neveux et nièces .

A ma fiancée
avec toute ma tendresse .

A Allal Mohamed avec toute ma gratitude .

A mes oncles et tantes .

A mes cousins et cousines .

' A mes beaux parents avec toute mon affection .

A toute ma belle famille .

A Atika et Driss Allouache avec toute mon amitié .

A tous mes amis .

A mes camarades de promotion .

A notre maître et président de thèse Monsieur le Professeur
B. KHATI .

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a fait
l'honneur d'en accepter la présidence .

Son sens de l'humain et sa modestie ont toujours fait l'objet
de notre profonde admiration .

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre gratitude
et de notre respectueux attachement .

A monsieur le Professeur M. Keddari

Vous nous faites le grand honneur de siéger dans le jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance .

A monsieur le Professeur M. Ysmâïl Dahlouk

En remerciement pour l'accueil affable que vous avez bien voulu
nous réserver dans votre service et pour vos précieux conseils .

A monsieur le Docteur S. Benbouzid

En témoignage de notre reconnaissance pour la sympathie qu'il nous
a toujours manifestée .

Au Docteur Mertani

Au Docteur Rahal

Au Docteur Ammar-Khodja

pour l'aide qu'ils ont portée dans la réalisation de ce travail .
Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre reconnaissance
et de toute notre amitié .

A nos maîtres de la Faculté

A nos maîtres des Hôpitaux

Aux Laboratoires ORGANON qui ont aimablement mis à notre disposition le produit qui a fait l'objet de notre étude .

INTRODUCTION

Les troubles pulmonaires constituent un des motifs les plus importants de la consultation dans les services de pédiatrie au cours de la saison hivernale à ALGER.

Les pneumopathies dyspneisantes, à cause de leur évolution rapidement fatales, après décompensation cardio-respiratoire, nous préoccupent tout particulièrement.

Ce pronostic est d'autant plus redoutable qu'il s'agit d'une évolution rapide, qu'il faut juguler à temps.

C'est dans ces conditions, vue la place importante qu'occupe la corticothérapie en pédiatrie, que nous avons été amenés à expérimenter un nouveau corticoïde original dans sa présentation et qui est une dexaméthazone : l'Oradexon-elixir produit organon. de nombreux travaux ont été faits sur l'application de la dexaméthasone en pathologie.

L'inocuité du produit, sa facilité d'administration son efficacité nous ont incité à l'expérimenter dans des spécialités aussi variées que la pédiatrie générale, et la dermatologie.

Dans le présent travail nous rapportons les résultats obtenus avec l'Oradexon-elixir dans 100 cas pris dans la pathologie pulmonaire et la pathologie allergique en dermatologie.

Nous envisagerons successivement :

- Un rappel historique de la corticothérapie
- Les divers corticoides utilisables chez l'enfant :
- Avec leur voie d'administration
- Les doses utilisées

Les avantages et les inconvénients occasionnés à l'occasion de leur utilisations.

Nous présenterons ensuite l'Oradexon-elixir :

- Sa formule
- Ses avantages
- Les doses et les voies d'administration.
- Nous exposerons la manière avec laquelle nous avons mené notre travail

Nous tirerons au terme de cette étude, les conclusions qui s'imposent; en nous attachant à faire les comparaisons de notre produit avec les autres corticoides actuellement employés.

HISTORIQUE DE LA CORTICOTHERAPIE

==--==--oOo--==--==--

Au congrès international des maladies rhumatismales en 1949 le 12 Avril, HENCH, KENDALL, SLOCUMB et POLLEY firent une communication qui devait transformer les habitudes thérapeutiques du monde médical de l'époque.

Cette époque de chercheurs remarque que la polyarthrite chronique évolutive, maladie incurable jusqu'alors et chronique dans son évolution, était susceptible de se transformer et de s'effacer presque entièrement au cours de la grossesse ou à l'occasion d'un ictère quelle qu'en soit son étiologie.

Ce fut HENCH qui le premier eut l'idée de l'intervention d'un facteur biochimique de nature probablement hormonale, commun aux deux sexes, dans l'origine des remissions de cette maladie rhumatismale.

Par la suite, ce même auteur vérifia son hypothèse. Le facteur commun aux 2 sexes et qui entraînait une telle amélioration, était un corps lié aux acides biliaires, vraisemblablement hormonal, et appartenant aux sécrétions de la grande cortico-surrénale.

KENDALL à la suite d'un important travail biochimique réussit à isoler et à définir en formules exactes, et à reproduire par synthèse la plupart des hormones de la cortico-surrénale.

Différentes tentatives furent essayées avec chacun de ces corps. En définitif KENDALL propose l'essai de la 17-hydroxy-11-déhydrocortistérone dans le traitement de la polyarthrite chronique évolutive. Ce corps fut également appelé cortisone au Compound E de KENDALL. Il a alors été utilisé à la dose de 100 mg par jour.

Les premiers essais furent spectaculaires. L'injection pendant quelques jours chez seize malades pris comme type d'expérimentation thérapeutique, corrigea tous les signes de la PCE.

La dose de cortisone employée dans ses expérimentations était de 100 mg par jour ou alors on employait des doses supérieures à 100 mg. En effet les doses inférieures à ce chiffre imposé comme base du traitement, s'avéraient inefficaces sur les signes de la maladie.

Des résultats négatifs furent également obtenus avec d'autres stéroïdes du cortex ou des extraits surréniaux totaux.

Par contre, les mêmes résultats thérapeutiques furent obtenus avec des injections d'A.C.T.H (ou adrénocorticotrophine-hypophysaire).

Les doses utilisées avec cette nouvelle 'drogue' : étaient également de 100mg/jour, son injection excitant directement la sécrétion surrénale de cette hormone.

Cette équipe de chercheurs avait ainsi apporté une éclatante contribution au traitement des maladies rhumatismales.

De nombreux essais furent ainsi réalisés dans de multiples centres hospitaliers. Des centaines de malades sont ainsi soumis à cette nouvelle thérapeutique, notamment aux U.S.A.

Ces essais contribuèrent ainsi à confirmer l'activité bienfaitrice, de ce que l'on devait appeler par la suite les corticoides, sur les maladies rhumatismales.

Le champ d'action de la cortisone fut ainsi étendu à toutes les maladies du tissu collagène. L'on traitait ainsi systématiquement par la cortisone aussi bien le rhumatisme articulaire aigu que certaines spondyloses, le rhumatisme psoriasique, le lupus érythémateux diffus.

Bientôt; on dépasse le tissu collagène. La cortisone devient une arme de choix dans le traitement des insuffisances surrénales et même dans le traitement de la maladie d'Addison.

Les conceptions répandues jusqu'alors sur les maladies allergiques furent complètement bouleversées. La cortisone intervenait dans le traitement de l'état de mal asthmatique. Une place importante lui était réservée dans le traitement des hémophthies. L'évolution des leucémies chroniques et des leucémies sub-aigûs était ainsi grandement modifiée.

On retrouve également des indications aussi variées que certaines néphroses, les cirrhoses de foie, et toute une série d'affections ophtalmologiques dont la corticothérapie modifiait l'évolution et le pronostic.

Paradoxalement son action se faisait dans un sens heureux au cours d'une série d'infections rigées en conjonction avec l'antibiothérapie.

Les indications de la corticothérapie a provoqué une évolution dans les habitudes et dans l'histoire de la thérapeutique. Aussi comme toutes découvertes, un enthousiasme sans bornes fut le résultat provoqué par les essais positifs qui étaient entrepris à l'époque.

On attendait de véritables miracles de la part de ces corticoides. Aussi bien souvent y eut-il de grandes déceptions!

Son usage a fait apparaître à la longue les inconvénients et les avantages d'une telle méthode de traitement.

Ses excès ont provoqués parfois, de véritables désastres dûs presque toujours à une administration imprudente ou à des indications abusives.

Dans les chapitres suivants nous ferons le point sur la corticothérapie chez l'enfant en étudiant les différents points cités au cours de ce rappel historique.

LES CORTICOIDES UTILISABLES

=====

CHEZ L'ENFANT

=====

Les corticoides utilisés chez l'enfant (22-8)

Les corticoides utilisables chez l'enfant sont prescrits par différentes voies d'administration. Aussi nous verrons successivement la voie d'administration et le type de corticoïde.

Dans ce chapitre nous utiliserons des tableaux qui nous donnent le nom commun du corticoïde,

- Son nom de spécialité,
- la présentation pharmaceutique
- La posologie moyenne par jour.

Nous diviserons ce chapitre comme suit :

1 - Administration orale

- . dérivés avec action de rétention hydro saline
- . dérivés sans action de rétention hydro saline

2 - Administration intramusculaire et locale

- . Suspension injectables (dérivés insolubles)
- . Dérivés à action de rétention hydro saline
- . Dérivés sans action de rétention hydro saline
- . Solutions (dérivés solubles)
- . Dérivés sans action de rétention hydro saline

3 - Administration intra vaineuse (Dérivés hydro solubles)

- . Solutions avec action de rétention hydro saline
- . Solutions sans action de rétention hydro saline

Nom commun:	Spécialités	Formes pharmaceutiques	Posologie moyenne/jour
Cortisone acétate	Cortisone *	Comprimés à 5 et 25 mg	1 PP - 300 mg
Hydrocortisone	Hydrocortisone	Comprimés à 10 mg	100 - 300 mg

TABEAU 1

Administration orale : dérivés avec action de rétention hydro saline

Nom commun	Spécialités	Formes Pharmaceutiques	Posologie moyenne/jour
Prednisone et dérivés : - Prednisone - 16 B méthylprednisolone	(cortancyl * (delta cortisone* Bétalone *	Comprimés à 1 et 5 mg comprimés à 5 mg comprimés à 4 mg	20 - 60 mg/jour 2 - 4 mf/kg 3 X jour.
Prednisolone et dérivés : - prednisolone - 6 méthyl prednisolone (médrocortine) - métasulfobenzoate de prednisolone - 16 x méthyl prednisolone dexaméthasone béthaméthasone phosphate dexaméthazone alcool paraméthasone	hydrocortancyl* delta hydrocortisoné médrol * solupred * décadron * Betnésol célestène dilar	comprimés à 1 et 5 mg comprimés à 5 mg comprimés à 4 mg comprimés à 0,1 mg (dosage faible) comprimés à 0,50 mg comprimés à 0,5 mg comprimés à 2 mg	50% de 1 ^{re} dose adulte jus. 6 75% de 6-12 5 - 20 mg 3 - 6 mg nour.: 0,015 à 0,15 mg/Kg 2-6 ans : 50% de 1 ^{re} dose adu 6-12 : 75% de 1 ^{re} dose adu 3 - 6 mg Nour.: 25% dose adulte 2-6 ans : 50% 6-12 ans : 75%
- 16 méthyl prednisolone (prednilydène) - 16 hydroxy-prednisolone	décortilène * triamcinolone * kénacort *	comprimés à 6 mg comprimés à 1-4 mg comprimés à 1-4 mg	-tt que: 1-1 comp/kg: 4 prises entret.: 1-7 ans = 1-1 comprimé 7-14 ans = 1-2 comprimé 6-12 ans 75% dose adulte 2-6 an 50% 3-25% dose adulte-2/6 an 50% 6-12 ans 75%

TABLEAU II : administration orale : dérivés sans action de rétention hydro saline

nom commun	spécialités	formes pharmaceutiques	posologie moyenne/jour
hydro cortisone acétate	by pour l'usage suspension*	flacons de 25 et 125 mg	125 mg

TABLEAU III : administration intramusculaire (injections injectables et dérivés insolubles.)

dérivé à action de référence hydro salice

Nom commun	Spécialités	Formes pharmaceutiques	posologie moyenne/jour
Prednisolone acédate	hydrocortancyl suspension*	flacon 25 et 125 mg	50- 125 mg
Prednisolone terbutyl acéd	codehcortone T.B.A.*		
Médrocortisone acédate	depo-medrol*	flacon de 40 mg	1-2 mg/kg tous 1.10 j.
Decaméthasone acédate	dectancyl suspension*injec	flacon de 5 et 15mg	
déxaméthasone terbutyl ace	decadron T.B.A	flacon de 4 mg	4 mg
triamcilone diacédate	tédarol suspension*infect.	ampoule de 25-50mg	50 mg

TABLEAU IV : Administration intramusculaire (suspensions injectables : dérivés insolubles)
dérivés sans action de rétention hydrosaline

Nom commun	Spécialités	Formes pharmaceutiques	Posologie moyenne/ jour.
Déxaméthasone diphosphate	soludécadron*injectable	ampoule de 4 mg	4 - 12 Mg
Bétaméthasone	betnésol*injectable	ampoule de 4 mg	0,1 0,2 mg
Phosphate disodique	célestène*injectable	ampoule de 4 mg	4 - 12 mg

TABEAU V : Administration intramusculaire (solutions : dérivés solubles)
dérivés sans action de rétention hydro statine

- 24 -

Nom commun	Spécialités	Formes pharmaceutiques	posologie moyenne/jour
hydrocortisone hémisuccinate lyophilisés	Hydrocortisone* I.V	Ampoule à 100 mg	Enfants = 4-8mg/kg nourrissons: 5-10mg/kg

TABEAU VI : Administration intraveineuse (dérivés hydrosolubles)
solutions avec action de rétention hydro saline

Nom commun	Spécialités	Formes pharmaceutiques	posologie moyenne/jour
médrocortisone hémisuccinate	solumédrol*	flacon de 20 et 40mg	Enfant: 1-2 mg/kg
Dexaméthasone diphosphate	soludécadron IM-IV	ampoule de 4 mg	moins de 5 ans = 10-20 mg 5 à 10 ans = 20-40 mg plus de 10 ans : 40 mg
bétaméthasone phosphate	betnésol* injectab. IM-IV celestène* injectable	ampoule de 4 mg ampoule de 4 mg	0,1 - 0,2 mg/kg 4 - 10 mg
triamcinolone (hémisuccinate de l'acétone)	solu-tédarol*	flacon de 10 mg	1,5 - 2 mg

TABEAU VII : Administration intraveineuse (dérivés hydro solubles)
solutions sans action de rétention hydro saline.

nous engage à faire l'étude de l'Oradexon-Elixir qui présente des commodités d'utilisation.

Problèmes particuliers soulevés par la corticothérapie chez l'enfant (4-6-19-29-31-35-40-45).

Tous les inconvénients observés chez l'adulte à la suite de l'utilisation des corticoides naturels ou synthétiques, peuvent se retrouver chez l'enfant.

Incidents au cours de la corticothérapie

Les incidents rencontrés chez l'adulte ont été observés dans différents travaux, cependant ils sont en général rares. Ce sont : l'hypertension artérielle, les accidents digestifs (à type d'ulcère ou d'hémorragies digestives bénignes).

Les travaux effectués par diverses écoles ont retrouvé la possibilité de diabète stéroïdien (très peu nombreux). On a dans ce cas complété la thérapeutique par l'adjonction d'insuline injectable qui a équilibré ce diabète thérapeutique.

En pratique 2 inconvénients majeurs chez l'enfant sont à retenir au cours de la corticothérapie à long terme.

1°) Le ralentissement ou l'arrêt complet de la croissance en taille.

Cette éventualité est d'une fréquence réelle, elle serait en rapport avec la posologie quotidienne qui doit être respectée. Cette posologie calculée devra être considérée comme un seuil d'utilisation.

Toutefois, cette éventualité n'apparaît que pour une longue durée de traitement. C'est ainsi également que l'arrêt du traitement s'accompagne d'une reprise de la croissance. D'où la nécessité de la surveillance de la croissance en cours de traitement.

2°) Aspect particulier du facies dit en "pleine lune" peut être un signe d'intoxication stéroïdienne.

3°) L'insuffisance surrénale : est beaucoup moins fréquente, et l'administration sous forme dégressive lève le blocage hypothalamo-hypophyso-surrénal. Il est de même des accidents survenant à l'arrêt de la corticothérapie.

Nous résumons dans le tableau VIII tous les accidents que l'on peut observer au cours de ce type de traitement.

PRESENTATION DU PRODUIT

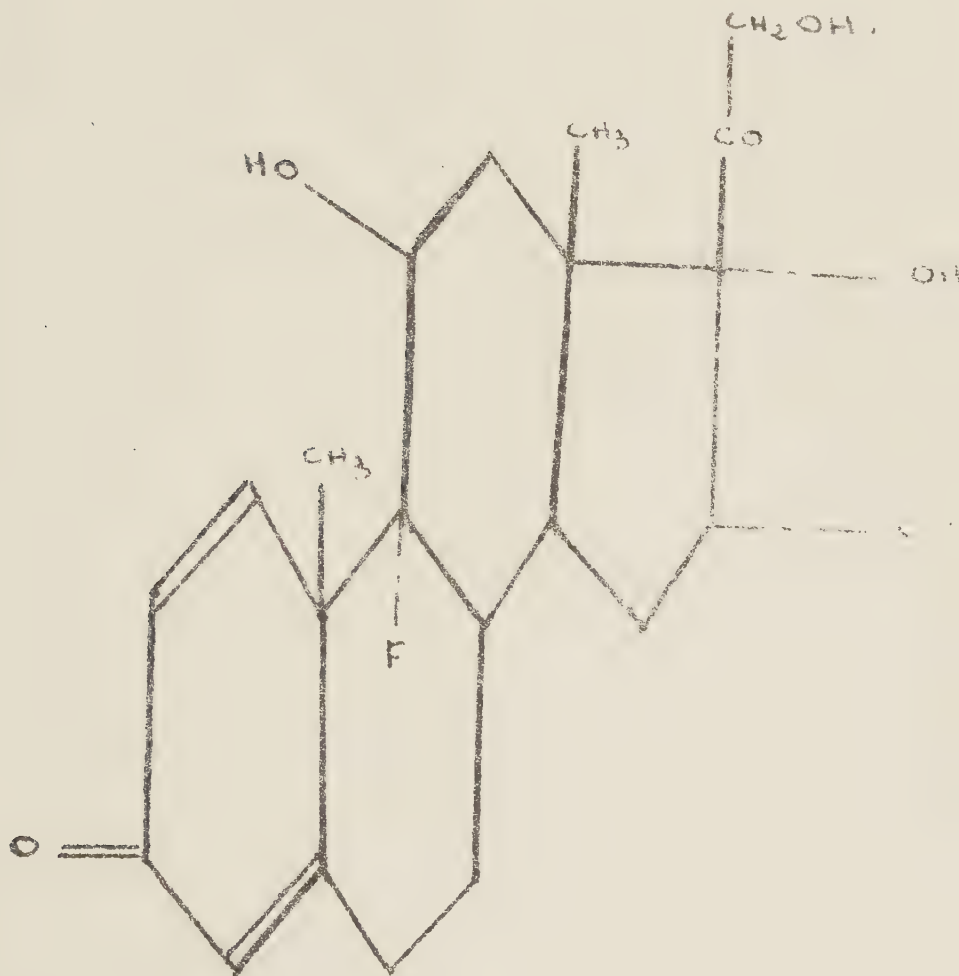
- Formule chimique de la dexaméthasone
- Doses et voies d'administration
- Avantages.

Présentation du produit

Ce chapitre sera divisé en 3 parties, nous donnerons successivement :

- La formule chimique du produit
- Les doses et les voies d'administration
- les avantages

Formule chimique de la dexaméthasone



Structure chimique :

C'est la 9 x-fluoro 16 x méthyl delta hydrocortisone

Ce produit diffère de la triamcinolone par le remplacement de l'oxydrite fixé sur le carbone 16 par un groupe méthyle. Elle a été synthétisée par ARTH et SARRET en 1957.

Doses et voies d'administration

L'oradexon se présente sous deux formes :

.Une forme injectable : utilisée en injection intraveineuse, ou intramusculaire ou souscutanée. Il existe également certaines indications d'administration locale.

- Présentation : boîte de 3 ampoules de 1 ml. Chaque ampoule de 1 ml contient 5 mg de phosphate sodique de dexaméthasone.

- Posologie : en cas de traitement général 1 injection à 5 mg (1ml) par jour suffit le plus souvent. Etat de choc : 2 à 3 injections intraveineuses par jour.

- Indications : états de choc, états allergiques graves (état de mal asthmatique), choc anaphylactique, accidents coma hépatique, infarctus du myocarde.

- On prend le relais par l'oradexon-elixir.

.Une forme orale : qui se présente sous forme d'elixir.

- Présentation : flacon de 100ml

- 1 ml : 0,05 mg de phosphate sodique de dexaméthasone.

.Posologie : voir tableau n° IX

Posologie	Jours de traitement			
	1er jour	2ème jour	3ème jour	4ème jour
age en années				
1 an	4 x 2,5 ml = 10 ml	3 x 2,5 = 7,5 ml	2 x 2,5 = 5 ml	1 x 2,5 ml = 2,5 ml
2 ans	4 x 4 ml = 16 ml	3 x 4 = 12 ml	2 x 4 = 8 ml	1 x 4 = 4 ml
5 ans	4 x 8 ml = 32 ml	3 x 8 = 24 ml	2 x 8 = 16 ml	1 x 8 = 8 ml
8 ans	4 x 12 ml = 48 ml	3 x 12 ml = 36 ml	2 x 12 = 24 ml	1 x 12 = 12 ml
12 ans	4 x 15 ml = 60 ml	3 x 15 ml = 45 ml	2 x 15 = 30 ml	1 x 15 = 15 ml

TABLEAU IX : posologie

Posologie	Jours de traitement			
age en années	1er jour	2ème jour	3ème jour	4ème jour
1 an	4 x 2,5 ml = 10 ml	3 x 2,5 = 7,5 ml	2 x 2,5 = 5 ml	1 x 2,5 ml = 2,5 ml
2 ans	4 x 4 ml = 16 ml	3 x 4 = 12 ml	2 x 4 = 8 ml	1 x 4 = 4 ml
5 ans	4 x 8 ml = 32 ml	3 x 8 = 24 ml	2 x 8 = 16 ml	1 x 8 = 8 ml
8 ans	4 x 12 ml = 48 ml	3 x 12ml = 36 ml	2 x 12 = 24 ml	1 x 12 = 12 ml
12 ans	4 x 15 ml = 60 ml	3 x 15ml = 45 ml	2 x 15 = 30 ml	1 x 15 = 15 ml

CARLEAL IV : posologie

Tout d'abord, en étudiant ce tableau où nous donnons la posologie, certaines remarques s'imposent :

- Comme pour tous les corticoides, l'oradexon-élixir est utilisé à doses dégressives. Comme nous avons entrepris un travail où l'utilisation est courte, nous remarquerons que la dégression est rapide.

- Les doses indiquées dans le tableau nous permettent de calculer des doses pour les âges intermédiaires.

Par exemple dans notre étude nous avons souvent à traiter des enfants de moins d'une année. Nous avons alors pris des doses correspondant à la moitié ou les $\frac{2}{3}$ de la posologie de référence.

- Les doses mentionnées peuvent dans certains cas, où la posologie doit être élevée, augmenter en fonction de l'état clinique du malade.

- Il est important de signaler que bien souvent, où le traitement était surveillé en milieu hospitalier, nous avons prescrit un traitement de 7 à 9 jours pour nos jeunes malades.

Dans un peu de cas, nous avons été obligés de conserver un traitement au delà de 10 jours. Il nous est donc possible, si le traitement n'a pas donné de résultats concluants de prolonger le traitement au delà de la période mentionnée.

Avantages du traitement

Nous avons lors de l'étude récapitulative faite sur les corticoides utilisables chez l'enfant, mentionné le peu de corticoides prescrits sous forme de sirop. L'oradexon ne pourra donc être comparée qu'à la triamcinolone.

Nous avons vu que la dexaméthasone est obtenue à partir de la triamcinolone par le remplacement de l'oxydrile fixé sur le carbone 16 par un groupement méthyle.

L'oradexon-élixir se remarque par sa facilité d'administration. Il est plus aisé de prescrire un sirop qu'un comprimé lorsqu'il s'agit de nourrisson.

Ce sirop est en outre d'un goût agréable (nous l'avons nous même goutté). En effet, nous avons rencontré au cours de notre étude un seul enfant qui présentait une répulsion à la prise du produit. Cet enfant ayant une réaction d'encombrement respiratoire en cours d'administration.

La posologie est simple et adaptée à l'âge du malade à traiter. La prise du médicament est plus correcte évitant ainsi l'utilisation d'ustensils ménagers tels que cuillère.

La durée du traitement est courte puisqu'elle n'est que de 4 jours ce qui permet une prise correcte.

Nous avons ainsi une mère qui au cours d'une nouvelle crise de son enfant est venue nous réclamer de l'oradexon-élixir, en insistant sur la facilité d'emploi du médicament.

MATERIEL ETUDE

- Répartition des malades
- Aspects cliniques
- Etude Thérapeutique
- Etude biologique

Notre étude concerne un travail effectué sur 100 cas. Ces malades ont été sélectionnés dans les services d'enfants : Services Parrot et Marfan et à la consultation Crespin de la clinique médicale infantile et dans le service TZANCK de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de l'hôpital Mustapha.

L'expérimentation a porté sur une période allant de la mi-décembre à la mi-mai pour la pédiatrie et pendant le mois de mai pour la dermatologie.

Nos 100 malades ont été l'objet d'une étude clinique, biologique et radiologique.

Nous avons réparti cet échantillonnage comme suit, selon:

- Le sexe
- l'âge
- La période du traitement
- Quelques cas d'observation
- Traitement en milieu hospitalier ou en ambulatoire

1°) l'âge

L'âge des sujets traités varie de 8 jours à 13 ans. La répartition des malades en fonction de l'âge s'effectue comme suit :

- de 8 jours à 1 ans : 54 cas soit 54 %
- de 1 an à 3 ans : 15 cas soit 15 %
- de 3 ans à 5 ans : 17 cas soit 17 %
- de 5 ans à 8 ans : 15 cas soit 15 %
- de 8 ans à 12 ans : 9 cas soit 9 %

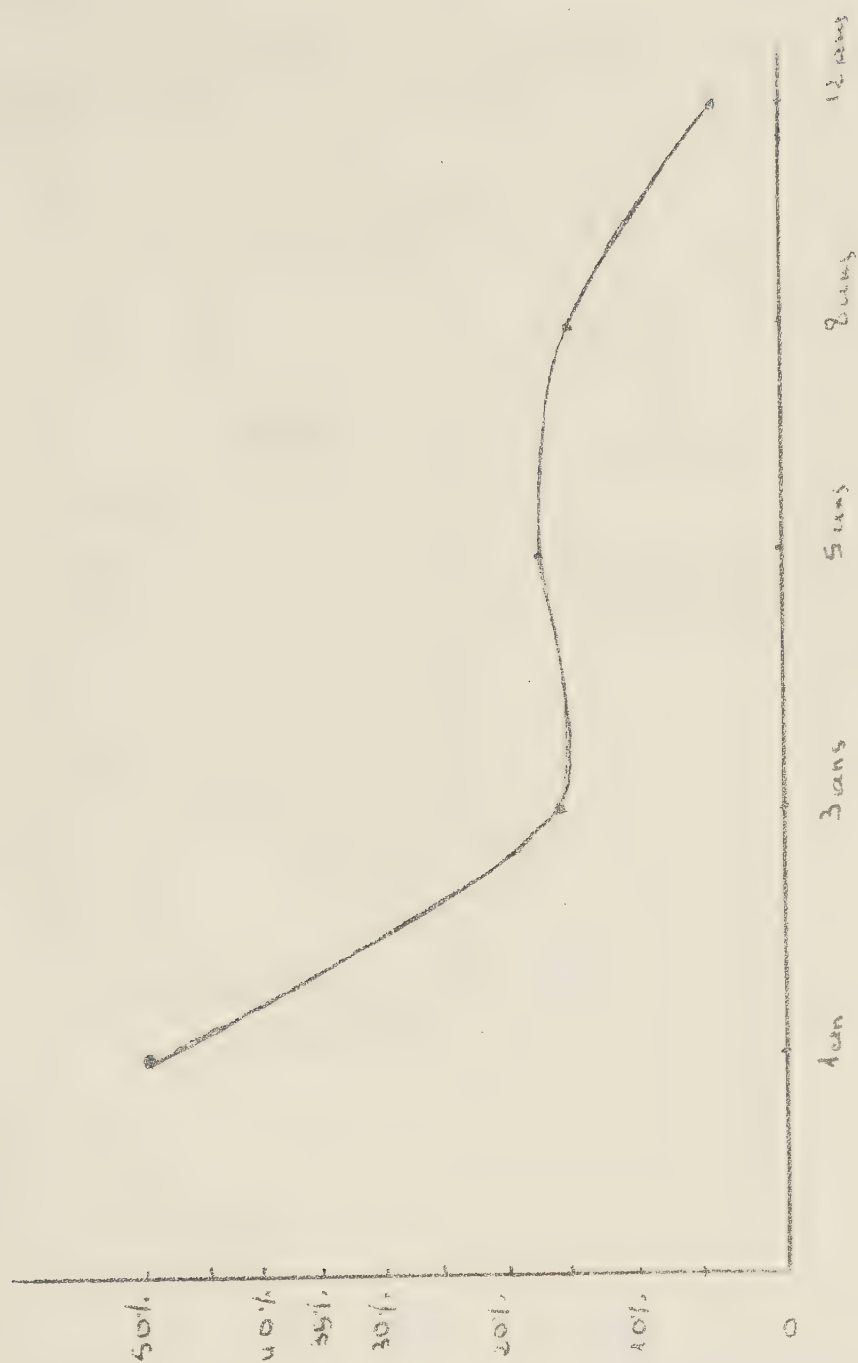
100 cas

Nous constatons qu'il existe un pic de fréquence entre 8 jours et 1 an, qui témoigne de la plus grande sensibilité des nourrissons de cet âge.

.../...

Courbe en fonction de l'âge

TABLEAU X



2°) Le sexe :

Parmi nos malades, nous avons traité 61 garçons soit 61 % et 39 filles soit 39 % traités par l'oraderon Elixir, Nous relevons donc une prédominance du sexe masculin.

SEXE MASCULIN	SEXE FEMELIN
61 %	39 %

TABLEAU XI

3°) Le mois du traitement

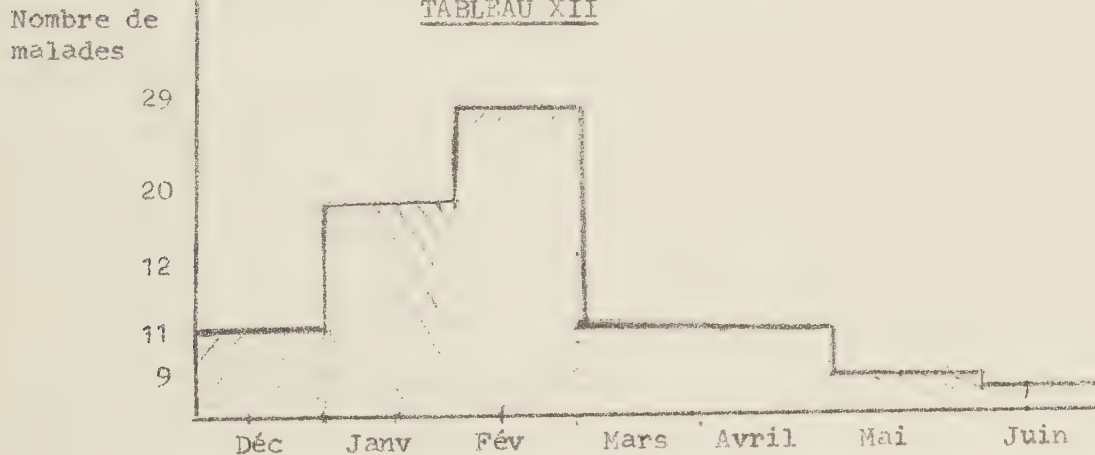
Les malades traités dans la clinique et en ambulatoire ont été plus nombreux au cours du mois de février et de Janvier ce qui correspond en général aux mois les plus froids à Alger.

C'est ainsi que :

Mois de Décembre : 11 cas : 11 %
 Mois de Janvier : 20 cas : 20 %
 Mois de Février : 29 cas : 29 %
 Mois de Mars : 12 cas : 12 %
 Mois d'Avril : 12 cas : 12 %
 Mois de Mai : 9 cas : 9 %
 Mois de Juin : 7 cas : 7 %

REPARTITION DES MALADES TRAITES

TABLEAU XII



Nous avons au cours de toute notre expérimentation dressé sur une fiche les renseignements fournis par l'interrogatoire de la famille, ainsi que le résumé de l'observation clinique comportant les résultats du traitement, ainsi que les examens biologiques et radiologiques. La fiche comporte également une partie réservée à la thérapeutique avec dose, durée du traitement et thérapeutique adjuvante (voir tableau n° XIII).

TABEAU XIII : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

P Université d'Alger

Clinique médicale infantile
Hôpital de Mustapha

PROTOCOLE D'EXPERIMENTATION
Clinique d'ORADEXON - ELIXIR

Nom :	M
Prénom :	Sexe
Age :	F
Poids :	
Anamnèse :	Taille

Diagnostic
Traitement en
Ambulatoire

Hospitalisé
Date d'entrée
Date de sortie :

Nombre de jours
traitement par ORADEXON ELIXIR

Autres prescriptions :

Jour	1		Guill/Café
2			"
3			"
4			"
5			"
6			"
7			"
8			"
9			"
10			"

Examens complémentaires

- 1 Radio
- 2 Numération
- 3 Vitesse de sédimentation
- 4 Calcémie
- 5 Calcivrie

Résultat du traitement

Observations.

ASPECTS CLINIQUES

Nous avons eu au cours de cette étude à traiter 4 catégories de malades :

- les bronchopneumopathies aiguës dyspnéisantes
- Les bronchites asthmatiformes
- Les crises d'asthme typiques amenées à la garde
- Les eczémas constitutionnels et les dermites allergiques généralisées.

Pour chacun des aspects cliniques traités, nous donnerons des exemples d'observations typiques.

1°) Les bronchopneumopathies aiguës dyspnéisantes :

traitées se sont présentées sous des tableaux différents. On retrouve en effet diverses associations : rachitismes importants, déshydratations aiguës, défaillance cardio respiratoire.

Certains enfants présentaient une association multiple. C'est ainsi que l'on a retrouvé des cas qui présentaient : BPAD + Rachitisme + Défaillance cardio-respiratoire.

On a soumis également au traitement par l'oradexon des enfants mongoliens, des thalassémies et une souffrance foetale.

Dans presque tous les cas cependant le tableau clinique était constitué d'une hyperthermie allant parfois jusqu'à 40 °.

On a retrouvé chez tous nos malades un tirage soit :

Sous diaphragmatique (signe de Wilson), sus sternal, ou intercostal. Nous avons retrouvé souvent l'association de 2 ou 3 types de tirage.

Une dyspnée à type de polypnée, quelle que soit son intensité a été retrouvée dans tous les cas.

Battement des ailes du nez et cyanose ont également fréquemment retrouvés.

Il existe également une toux grasse ou sèche 40 malades sur les 50 cas se sont présentés avec une altération importante de l'état général soit 80 %

10 malade se sont présentés en défaillance cardio-respiratoire soit 20 %.

... / ...

2°) Les bronchites asthmatiformes (50)

Se sont présentées sous des tableaux où l'on retrouvait une hyperthermie moins importantes, oscillant aux alentours de 38 °.

La polypnée présentée par ces maladies était moins importante.

Cependant, l'auscultation était bruyante avec des sibilances expectorantes.

Là aussi nous avons retrouvé des associations fréquentes. On retrouve 6 cas sur 21 malades qui présentent un rachitisme important.

3°) Crise d'asthme typique : (9.11.50)

Les crises d'asthme traitées se situaient chez des enfants âgés de 5 à 12 ans.

Pour tous ces enfants il s'agissait d'une nouvelle crise ces enfants avaient été en général traités par toute sorte de médicaments. Nous avons ainsi rencontré un enfant M. Mokhtar âgé de 8 ans qui avait même subi des séances d'acupuncture.

Etude Thérapeutique

Indications :

La prescription de l'oradexon elixir comme corticoïde a été envisagée d'emblée dans toutes les pneumopathies dyspréissantes les crises d'asthme de l'enfant, ainsi que dans les cas allergiques de dermatologie.

Conduite du traitement :

Tous nos malades ont bénéficié d'une thérapeutique calquée sur le schéma suivant :

- Un corticoïde : oradexon
- Un antibiothérapie : perfusion associant de la pénicilline et de la terramycine pour les enfants hospitalisés, Totapen en intramusculaire pour les traitements en ambulatoire.

D'autres antibiotiques ont été utilisés en dermatologie : la pyostacine.

- L'oxygénothérapie en discontinu.
- Calcium pour tous les enfants rachitiques rencontrés en cours de notre étude.

.../...

Il est à signaler que dans la période d'urgence pour lutter contre le collapsus, nous avons recours à de l'oradexon injectable par voie intra-veineuse.

La posologie d'oradexon-elixir était fonction du poids et de la gravité de l'état clinique comme nous l'avons signalé dans le tableau IX.

La posologie était administrée entre 9 et 10 heures du matin en 1 seule prise et ce pendant une période allant de 4 à 20 jours. Là encore l'état clinique du malade prenait le pas sur l'expérimentation. L'oradexon-elixir donné de manière dégressive était administré dès les premiers prélèvements effectués.

Surveillance du traitement

Nous avons après chaque prescription d'oradexon-elixir fait une surveillance afin de contrôler l'effet tant du point de vue clinique, biologique que radiologique.

Etude biologique

Parmi les examens biologiques qui accompagnaient la mise en oeuvre du traitement et l'arrêt de la thérapeutique certains examens nous ont paru indispensables.

Nous avons ainsi demandé avant l'institution du traitement et à l'arrêt du traitement :

- Un formule de numération sanguine
- Un vitesse de sédimentation
- Une calcémie
- Une calciurie

Nous avons également par deux fois pratiqué sur nos jeunes malades un téléthorax, en début et en fin de traitement.

Nous avons ainsi constaté que malades sur les cas traités présentaient une calcémie inférieure au chiffre normal (soit 95(105 mg/l). Ces enfants ont alors bénéficié d'adjurents ;

Le traitement était complété de calcium par voie orale, puis nous faisions une injection de stérogyl.

Pour la majorité des cas le chiffre de calcémie, approchait sensiblement de la normale à l'examen de contrôle (8 jours après le début du traitement). Le taux de calcémie le plus bas enregistré fut celui de l'enfant D.Hakim âgé de 5 mois. Cet enfant pesait 6 kilogs 300 grammes et était admis pour B P A D avec rachitisme

gastro-entérite et antécédent de souffrance foetale.

Le taux de calcémie a la sortie était de 85 mg/l.

- La vitesse de sédimentation s'est normalisée dans tous les cas sauf pour 3 jeunes malades M. Toufik âgé de 4 mois, poids 7 kilogs 400. Cet enfant admis pour B P A D sur terrain rachitique a eu effet présenté une déshydratation aigüe par gastro-entérite en cours de traitement (vs : 60/95 est passée à 100/120).

Le 2ème enfant B. Abdelhamid âgé de 5 mois, pesant 5 kilogs 630 admis pour B P A D sur rachitisme a présenté le même tableau de déshydratation aigüe, avec une notion de crises convulsives.

La vs était de 15 mm à la 1ère heure.

45 mm à la 2ème heure

La vs de contrôle : 45 mm à la 1ère heure

82 mm à la 2ème heure

- Pour la formule de numération sanguine :

Les chiffres se sont en général normalisés, souvent on a noté une amélioration des composantes de la formule.

Dans 5 cas nous avons noté une diminution des chiffres. Ces 5 cas auraient tous contracté une salmonellose dans le service.

Nous n'avons pas eu des résultats corrects de la calciurie, l'examen étant difficilement réalisable chez les jeunes nourrissons (particulièrement du sexe féminin) qui constituaient 69 % des cas de notre étude.

Le téléthorax pratiqué à l'entrée et à la sortie du malade nous montre une amélioration de l'image pulmonaire.

R E S U M E - C L I N I Q U E

DES 100 OBSERVATIONS TRAITEES

TABLEAU N°

RESUME CLINIQUE DES 100 OBSERVATIONS TRAITEES - TABLEAU N°

N°	Noms	Age	Diagnostic	Traitement	Durée du : Evolution :	Biologie	Résultat
1	S. Abdelk.	15m.	BPAD+Deshy dratation aigue+rachi- tisme	IV:2 Jours Orale:7j	9 jours	FNS:Hte=24% GB=1000 Hb= 6 gle GR=2M 5 00 000 Hte=31% GB=6000 Hb=9,8 gle GR= 3M 500 000 VS=35/70-----13/35 Calcémie=72mgle---92mgle Calciurie=29,5mgle	Très bonne amélio- ration à partir du 4e. jours
2	S. Mounir 5kg.460	4 M.	BPAD sur gros rachitisme	IV:2 jours Orale:7 J.	9 jours	Bonne	Bonne amélioration à la sortie : quel- ques râles fins à l'auscultation
3	M. Toufik	4 m.	BPAD sur ra- chitisme	IV:2 J. } Orale:7j }	9 Jours	Médiocre	Résultat médiocre reconnus à d'autres anti dyspnéiques
4	B. Hassiba	10m.	BPAD avec détresse car- dio respira- toire	IV:3 jours } Orale:9j }	12 jours	Très bonne évolution	Amélioration très rapide, correction d'une anémie cli- nique par une transfusion san- gine.

5	B. Ach-foud	1 an	BPAD avec détresse cardio respiratoire + rachitisme	IV=3 jours Orale=12j	15 jours	Bonne évolution	GR=4M600 000 GB=14400 Hb=16 Hte=34 GR=4M200 000 GB=10 000 VS=48/80---22/46 Calcémie=68mgle--110mg1 Calciumie=66mgle-68mgle	de l'E.G l'HMG (I.C.) regresse en fin d'hospitalisation.
6	B. Toufik 4kg630	8 mois	BPAD sur hypotrophie que mongolien rachitique	IV=2 jours Orale=9J.	11 Jours	Très bonne évolution	Hb=9,6 Hte=32 GR=4M500 000 GB=4 800 Hb=9,6 Hte=32 GR=4 M 200 000 GB=6 200 VS=30/65---23/48 Calcémie=93---98mgle Calciumie=23mgle--20mg1	Amélioration très rapide de l'état général avec normalisation de l'auscultation
7	L. Mustapha 5kg700	9 mois	BPAD avec insuffisance cardiaque sur rachitisme	IV=3 jours Orale=12j	15 jours	Bonne évolution	Hb=6,6 Hte=20% GR=2 M 500 GB=4 400 VS=16/58---18/50 Calcémie=95mgle--92mgle Calciumie=66mgle--68mg1	Bonne amélioration à la fin de lacune d'Ordexon
8	B. Réda 5kg.700	9 mois	BPAD avec insuffisance cardiaque sur rachitisme	IV=3 jours Orale=17J	20 jours	Evolution moyenne	Hb=8gle Hte=35% GR=3 M200 000 GB=17 000 Hb=10gle Hte=36% GR=4M 400 000 GB=17 000 VS=13/35---12/28 Calcémie=90mgle--90mgle Calciumie=99 mgle	Nécessité de 2 cures d'Ordexon durant dyspiée très importante HMG = 3 T DD.

9	G. elhadj 6kg640	1 an	BPAD sur gros rachitisme	IV=2 jours) Orale:7j}	9 jours	Bonne évolution	Hb=7gle Hte=25% GR=2 M9000 000 GB=8400 Hb=9,4gl Hte=35% GR=3M 800 000 GB=10000 VS=70/106---40/105 Calcémie=112mgls Calciumie=71,25 mgle	: Bonne amélioration: : Cependant on note : une réaction à : type d'encombrement: : avec émissions : d'expectoration : mousseuses à chaque prise d'Oraldexon.
10	B. Abdel hanid 3kg530	5 m.	PBA sur Gastro entérite	IV=1 jour) Orale=6j}	7 jours	Très bonne évolution	Hb=12,9 Hte=39% GR=5M 100 000 GB=6900 Hb=9,8 Hte=32% GR=3M 500 000 GB=4300 VS=15/45---45/82 Calcémie=90mgls Calciumie=92mgls	: Très bonne amélioration, les examens de contrôle faits 15 jours après, alors que le malade présentait des signes à type d'encéphalopathie
11	B. Adel 2kg940	1 m.	BPAD avec insuffisance cardiaque sur terrain hypotrophique	IV=2 jours) Orale=10j}	12 Jours	Très bonne évolution	Hb=11gle Hte=32% GR=3M500 000 GB=4200 Hb=12gle Hte=32% GR=4M 000 000 GB=4 200 VS=40/60---1/15 Calcémie=83---93mgls Calciumie=66---52mgls	: Très bonne évolution. Après son hospitalisation, enfant D.C.D. par déshydratation par gastro entérée
12	N. Salim 7kg350	1 an	BPAD sur gros rachitisme	IV=2 jours) Orale=7j}	6 jours	Très bonne amélioration	Hb=6,6 gle Hte=22% GR=2M500 000 GB=20 000 Hb=11,2gle Hte=40% GR=5M200 000 GB=60000 VS=43/72---8/19 Calcémie=9mgls---90mgls Calciumie=62mgls---35mgls	: Très bonne amélioration, on a donné un traitement minimum.

13. B. Hocène : 40j : 4kg630	BPAD+Gastro : entérite	IV=2 jours } Orale=8j }	10 jours	Bonne évolution	Hb=14,2 Hte=37% GR=4M500 000 GB=9300 Hb=11,6 Hte=35% GR=4M500 000 GB=2000 VS=50/70 Calcémie=96mg/l Calciumie=43mg/l	Bonne amélioration
14. A. Fodil : 4m : 4kg100	BPAD+Desbyl : IV=4 jours station par le Gastro enté- rite sur ra- chitisme	IV=2 jours } Orale=7j }	4 jours	Médiocre	Hb=10,8 Hte=40% GR=4M300 000 GB=14 000 VS=20/50 Calcémie=76---93mg/l Calciumie=31mg/l	Etat général resté : médiocre, longtemps enfant sorti con- tinuez onis médi- cal (en deshydra- tation).
15. T. Set : 7m : 4kg600	BPAD+Salmonul : Seftensery : sur gros ra- chitisme	IV=2 jours } Orale=6j }	10 jours	Bonne évolution	Hb=9,8 Hte=34% GR=4M300 000 GB=10 000 Hb=12mg/l Hte=37% GR=4M 100 000 GB=13 000 VS=45/60---15/40 Calcémie=100mg/l---60mg/l Calciumie=30mg/l---27mg/l	Bonne amélioration : de l'état pulmo- naire.
16. B. Hattin : 19m : 9kg120	BPAD sur thalasémie rachitisme	IV=2 jours } Orale=7j }	9 jours	Très bonne évolution	Hb=4,6 Hte=10% GR=2M 1 00 000 Hb=8g/l Hte=21% CR=3M400 000 GB=16 200 VS=95/140---21/45 Calcémie=98mg/l---106mg/l Calciumie=64mg/l---43mg/l	Bonne amélioration : de l'état pulmo- naire transfusion saigne

17	E. Akila 3kg200	3m.	BPAD sur hypotrophie (prématurité + Salmonel- la bilien	IV=2jours } Orale=3j }	10 jours	Bonne évo- lution	Hb=8,2 g/l Hte=26 GR=2M900 000 GB=22000 VS=15/30 Calcémie=96mg/l Calciumie=38mg/l	La présence de salmonellwien à agrandie.L'état du malade cepen- dant,bonne ré- ponse pulmonaire.
18	G. Ouahi ba 4kg745	5m.	BPAD+Gastro entérite sur rachitisme	Orale=4j.	4 jours	Très bonne évolution	Hb=11 g/l Hte=37% GR=4M200 000 GB=21 000 Fib=10,5g/l Hte=35% GR=4M100 000 GB=9 000 Calcémie=90mg/l--99mg/l Calciumie=	Amélioration pulmonaire rapide resté à l'hôpital pour correction de la gastro entérite.
19	B. Forid 6kg.	7m.	BPAD+anémie sur rachii- tisme.	IV=2jours } Orale=4 j }	6 jours	Très bonne évolution	Hb=9,6 g/l Hte = 32% GR=3M300 000 GB=8 000 Calcémie= 95 mg/l	Très nette amé- lioration.L'en- fant a terminé son traitement d'Oradexon en au- sulatoire.
20	B. Habi- ba 3kg	11m.	BPAD+Salmonel- la+rachii- tisme	IV=2jours } Orale=6j }	8 jours	Bonne évo- lution	Hb=7,8 g/l Hte=25% GR=3M000 000 GB=8300 Hb=10,8 g/l Hte=30% GR=4M 000 000 GB=5200 Calcémie=84mg/l--97mg/l Calciumie=43mg/l VS=13/33---6/21	Amélioration rapide de l'état pulmonaire.

1. B. Chokir: 6kg900:	7 m.	BPAD+Gastro: entérite, salmonella typhie muri- va: 2/2/2/2 chitisme.	IV=3jours } Orale=11j }	14 jours	Bonne amélioration.	Hb=11,6 gte Hte=40% GR=54200 000 GB=11800 Hb=13,2 gte Hte=42% GR=54200 000 GB=6200 VS=97/126--8/22 Calcémie=104--100mgle Calciumie=21,5mgle-- 26 mgle.	Bonne amélioration. (les râles ont persistés une dizaine de jours).
2. M. Sa- liha 5kg850	9m.	BPAD sur rachitisme	Orale=6jrs.	6 Jours	Très bon- ne évolu- tion.	Hb=9,2gte Hte= 30% GR=34200 000 GB=5800 Calcémie=92 mgle.	Traitement très court, sans injec- tion I.V.
3. R. Dia- ouida 3kg760	4m.	BPAD+Deshy- dratation sur hypotro- phie + ra- chitisme.	IV=3jours } Orale=6jrs }	9 jours	Bonne évolution.	Hb=11,4 gte Hte=31% GR=44600 000 GB=6000 Hb=9,1gte Hte=31% GR=44100 GB=1200 Calcémie=90mgle-- 90 mgle.	Bonne amélioration de l'appareil pul- monaire, mais l'en- fant a présenté une déshydratation qui a compliqué l'état clinique.
4. S. So- fiame	8m.	BPAD+Gastro entérite	Orale=7jrs.	7 Jours	Bonne évolution.	Hb=13,2gte Hte=41% GR=54100 000 GB=9000 VS=36/31--12/18 Calcémie=100mgle-- 89 mgle Calciumie=107mgle-- 117 mgle	Amélioration nette de l'état général. Persistance de traînées holoines importantes antels de contrôle.

25	D. Hakim 6kg300	5 m.	BPAD chez souffrance févrale avec gastro enté- rite+rachi- tisme.	IV=2 jours; Orale=7j)--	9 jours	Très bonne évolution.	Hb=13,6 Hte=40% GR=41400 000 GB=12000 VS=34/64--6/14 Calcémir=54mgle--85mgle	Très bonne amélio- ration, l'enfant a terminé sa cure d'ordexon en aus- cultation.
26	F. Rabi- ho	9 m.	BPAD+Salmo- nella seften; berg sur rachitisme.	IV=2 jours; Orale=7j)--	9 jours	Bonne évo- lution.	Hb=10,8 Hte=31% GR=41400 000 GB=10 000 Hb=12,8 Hte=40% GR=51 200 000 GB=18 000 VS=66/104--3/8 Calcémie=82mgle Calcémie=135mgle--114 mgle.	Bonne évolution de l'état pulmo- naire.
27	K. Salah 9kg600	4m.	BPAD+ gastro entérite;	5 jours	5 jours	Très bonne évolution	Hb=10,5gle Hte=30% GR=41400 000 GB=12000 Hb=11gle Hte=38% GR=41100 000 GB=8000 VS=34/50-- Calcémie=92mgle--90mgle Calciumie=24mgle	Très bonne amélio- ration de l'état clinique au con- trôle.
28	K. Moha- med 4kg720	3m.	BPAD+ Gastro entérite.	Orale=7 jrs	7 jours	Très bonne évolution	Hb=11,2gle Hte=30% GR=41 GB=88 00 Hb=11,4gle Hte=35% GR=41300 000 GB=3600 VS=45/80--12/25 Calcémie=96mgle Calciumie=35mgle.	Très bonne amélio- ration. Le malade a continué sa cure en auscultation.

29	B. Sofia 2 ans 13 kg.	BPAD	Orale=7 jrs	7 jours	Très bonne évolution	Hb=10,6 g/l Hte=39% GR=41300 000 GB=9200 Hb=11,2 g/l Hte=41% GR=41800 000 GB=9100 VS=25/57 ---11/16 Calcémir=98 mg/l--98 mg/l	Très bonne amélioration.
30	B. Souad 1 M. 3 kg.	BPAD sur hypotrophie	IV=2 jours Orale=10 j	12 jours	Bonne évolution	Hb=14 g/l Hte=40% GR=5M GB=1 0000 Calcémie=101 mg/l Calciumée=107 mg/l	Bonne évolution pulmonaire D.C.D. 20 jours après la sortie par deshydratation aigue.
31	B. Haki 1 m. 3 kg 600	BPAD en dé- tresse car- dio respi- ratoire	IV=3 jours Orale=4 j	7 jours	Moyenne	VS=30/45 Calcémie=92 mg/l Calciumée=76 mg/l	Enfant D.C.D. en deshydrata- tion aigue. Etat pulmonaire dysprie, syncopes ont disparu.
32	B. Cori 7 m. 5 kg.	BPAD-anémie sur richl- tisme.	IV=2 jours Orale=7 j	9 jours	Bonne évolution	Hb=9,6 g/l Hte=32% GR=31300 000 GB=30000 Calcémie=95 mg/l	Bonne améliora- tion. On a pas pratique de con- trôle, enfant très anémié.
33	M. Hamza 8 jrs. 3 kg 500	BPAD.	IV=2 jours Orale=7 jrs	9 jours	Très bonne amélioration	Hte=54% GR=41400 000 GB=10 200 VS=18/35 ---2/20 Calcémie=82 mg/l--88 mg/l	L'enfant a pu terminer sa cure en auscultation.

34	C. Sabri na 7;830kg	10m.	BPAD+anémie sur rachitisme.	IV=2 jours Orale=5j	7 jours	Très bonne évolution	Hb=11g/l Hte=34% GR=3M500 000 GB=9600	Exanulsiologique non pratiqués à cause d'un anémie.
35	Y. Saoud 5kg870	7m.	BPAD sur rachitisme; +Gastro en: térisme.	IV=2 jours Orale=4j	6 jours	Médiocre	Hb=9,2g/l Hte=31% Calcémie=90mg/l	Au cours d'un paro- xysme dyspeptique ou en recours à de la tesphylène.
36	D. Abde pour 8kg700	1an.	BPAD+Conclo sions+mé- ningite hymphony- tine.	IV=3 jours Orale=7j	10 jours	Très bonne amélioration	Hb=9g/l Hte=37% GR=4M400 000 GB=1200 Hb=9,1g/l Hte=32% BR=4M1000 00 GB=115 000 VS=35/68--12/21 Calcémie=100 mg/l	Enfant pour son améliora- tion son état ménin- gétique. Très bonne amelio- ration pulmonaire.
37	G. Nacer 9kg200	1 an	BPAD+Rachi- tisme	Orale=4jrs.	4 jours	Très bonne évolution	Hb=9,6g/l Hte=41% GR=4M800 000 G+B=9800 Hb=10,2g/l Hte=43% GR=4M800 000 GB=9 000 Calcémie=90 mg/l Calciumie=112g/l	Très bonne amelio- ration
38	S. Ka- mel 7kg200	1an	BPAD sur rachitisme	IV=3Jours Orale=17j	20 Jours	Enfant décédé	Calcémie=92 mg/l Calciumie=68 mg/l Vs=60/35	Echec de l'Oradexon et de la téopugline. bronchospasme montre un granulome au ni- veau de l'orifice cosséne moyen qui entraîne l'état pulmonaire.

9	G. Sabeh	5 m.	BPAD	Orale=8 jrs	8 Jours	Très bonne évolution	VS=10/25 Calcémie=92 mgle Calciumie=140 mgée	Amélioration rapide des signes dyspeisants.
10	B. Nour-eddine 5kg860	10 m.	BPAD sur gro rachitisme	Orale=5 j IV=2 jours	7 jours	Bonne évolution	Hb=12 gle Hte=35% GR=4M300 000 GR=6200 Hb=13,1 gle Hte=36% GR=4M700 000 GR=7100 Calcémie=68 mgle--96mglg Calciumie=15 mgle	Amélioration très rapide, mais présence de râles pendant 10 jours.
11	O. Djamel 4kg470	3m $\frac{1}{2}$	BPAD+comul-sions+rachitisme.	Orale=4 j IV=2 jours	6 jours	Très bonne évolution	Hb=11,6 gle Hte=45% GR=4M600 GR=15000 Calcémie=85--94 mgle Calciumie=26 mgle	Amélioration très rapide de l'appareil pulmonaire.
12	B. Yazid 3kg390	2m $\frac{1}{2}$	BPAD+Gastro entérite	Orale=4 jrs.	4 jours	Enfant décédé	Calcémie=96 mgle Calciumie=47 mgle	Enfant restant très dyspnéique D.C.D. avec deshydratation.
13	B. Brachim 6kg220	4 m.	BPAD sur poumon rachitique	IV=2 jours Orale=7 jrs	9 jours	Bonne évolution	Hb=13 gle Hte=42% GR=5000 000 GR=10 000 Calcémie=94 mgle	Bonne évolution mais l'état rachitique important prédisposés aux rechutes.
14	B. Mourad	1 an	BPAD	Orale=7 jrs	7 jours	Bonne évolution	Hb=10,2 mgle Hte=46% GR=10200 GR=4M700 000 Hb=11,3 gle Hte=46% GR=4M800 000 GR=8600 VS=21/37--13/19 Calcémie=94mgle--96mglg	Amélioration rapide.

45	B. Mou- rad	1ca	BPAD	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution:	Hb=9,6g/l Hte=39% GR=4M300 GB=10 600 Hb=10,1g/l Hte=41% GR=4M600 GB=8800 VS=27/45--13/21 Calcémie=94mg/l--98mg/l	Amélioration très rapide de l'état pulmonaire
46	B. Fatch 9kg400	1an	BPAD+Sal- monella	IV=3 jours } Orale=6 jr }	9 jours	Bonne évolution:	Hb=11,5 Hte=35% GR=4M300 000 GB=124 000 VS=43/70--22/52 Calcémie=92 mg/l Calciumie=63 mg/l	On a prescrit trai- tement minimum par voie orale, puis on a continué pendant 2 jours.
47	B. Sali- ma	13m	BPAD	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne	Hb=146 Hte=41% GR=4M800 000 GB=13600 Hb=13,2 Hte=44% GR=4M700 000 GB=9600 VS=36/57--13/17 Calcémie=95mg/l Calciumie=75mg/l	Amélioration rapide.
48	M. Fati- ha	15m	BPAD+Gastro- rachitisme	Orale 7 jr.	7 jours	Très bonne		Amélioration rapide
49	B. Has- sing	9m	BPAD+rachi- tisme	Orale=7 jrs.	7 jours	Bonne évolution		Bonne amélioration

1	7m.	BPAD+ Rachitisme	Orde=7jr.	7 jours	Bonne évolution	HB=9g/l Hte=38% GR=418000 000 GB=5400 VS=25/55--10/35 Calcémie=98mg/l Calciumie=17mg/l--22mg/l	Le malade a pris le reste de son traitement en ambulatoire car bonne amélioration
2	8m.	Bronchite astromatiforme sur rachitisme + gastro enterite	Orde=7jr.	7 jours	Bonne évolution	HB=10,4 Hte=31 GR=34800 000 GB=7800 VS=20/52--3/9 Calcémie=68mg/l--78mg Calciumie=27,5--28mg	Evolution médiocre, on a eu recours à l'injection de téophylline qui n'a pas amélioré l'état du malade.
3	D.Abde neur 6kg100	Bronchite asthmatisforme sur rachitisme	IV=2 jours Orde=7jrs.	9 jours	Bonne évolution	HB=11,4 Hte=39 GR=51200 000 GB=10500 VS=13/40--40/74 Calcémie=98mg/l--78mg Calciumie=23mg/l--25mg	Amélioration nette de l'état clinique au contrôle
4	H.Nadia 6kg700	Bronchite asthmatisforme	IV=2 jours Orde=5jrs	7 jours	Très bonne amélioration	HB=11,5 Hte=34 GR=3300 000 GB=400 VS=23/100--18/42 Calcémie=77--96mg/l Calciumie=56--62mg/l	Très bonne amélioration du malade.

55	K.Fella. 6kg.500	5 m.	Bronchite. asthmatique. forme sur-terrain hypotrophique Anémie.	IV=2 jours) Orale=5 jrs)	7 jours	Très bonne évolution	Hb=7gle Hte=26% GR=2M6000 000 GB=7000 Hb=8,8 Hte=30% GR=2M800 000 GB=7500 VS= Calcémie=74mgle--92mg Calciumie=56mgle	L'enfant a subi des transfusions à cause de son anémie.Bonne amélioration clinique
56	B.M Dalila	7 m.	Bronchite. asthmatique. forme sur- rachitis me.	IV=2 jours) Orale=4 jrs)	6 jours	Très bonne évolution	Hb=8,8 Hte=34% GR=4 M 000 000 GB=1 0000 Hb=10,5 Hte=34% GR=4 M 300 000 GB=14 000 Calcémie=96mgle--96mg Calciumie=34mgle	Evolution très rapide. de l'état clinique.
57	B.Sou- fiane 18kg.	4an $\frac{1}{2}$	Bronchite. asthmatique. forme+ rachitis me.	Orale=7jrs	7 jours	Très bonne évolution.		Amélioration très rapide.
58	T.Rahi- ma 5kg500	3 m.	Bronchite. asthmatique. forme.	Orale=4 jrs.	4 jours	Enfant Décédé.	Hb=10,9 Hte=34% GR=3 M 900 000 GB=9 000 Calcémie=94 mgle.	Echec aux injections IV à l'Elixivia la teophylline.Décédé en détresse cardio- respiratoire.
59	H.Mounid 13 kg.	2 ans	Bronchite. asthmatique forme	Orale=7jrs.	7 jours.	Bonne évolution	Hb=11,8gle Hte=41% GR=4M 700 00 GB=10 600 Hb=12,4gle Hte=43% GR=4 M 700 00 GB=9900 VS=32/55--15/21 Calcémie=95mgle--97mg Calciumie=68mgle--67m	Amélioration très rapide de la crise dyspnéique.

60	M. Kada	2 ans	Bronchite asthmatisfor- me.	Orale=7 jrs.	7 jours	Moyenne	Hb=10,5 gle Hte=36% GR=4M600 GB=11 000 Hb=11,2 gle Hte=40% GR=4 M 800 GB=9200 VS=27/45---9/14 Calcémie=88 mgle	2 cures d'Ordexon
61	K. Nabil	9 ans	Bronchite asthmatisfor- metrarchitis- me.	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=10,7 gle Hte=32% GR=4 M 300 00 GB=12000 Hb=11,3gle Hte=41% GR=4 M 600 00 GB=64 000 VS=31/53---12/21 Calcémie=88mgle--95mgle	Amélioration très rapide.
62	S. Karim	3 ans	Bronchite asthmatisfor- metrarchitis me.	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=13,2 gle Hte=41% GR=4 M 5000 00 GB=13 600 Hb=13,8 gle Hte=43% GR=4 M 80000 GB=10 200 Calcémie=89mgle--92mgle Calciumie=54mgle	Amélioration rapide à l'état clinique.
63	D. Hassi	14 ans	Bronchite asthmatis- forme sur gros rach- tisme.	Orale=7 jrs.	7 jours	Bonne évolution	Hb=11,8 gle Hte=39% GR=4 M 800 000 GB=11 600 Hb=12,3 gle Hte=43% GR=4M700 000 GB=9900 VS=29/45---8/17 Calcémie=97mgle--99mgle Calciumie=62 mgle	Contrôle : nette amélioration.

64	H. Sid-Ahmed 11kg.	3ans	Bronchite asthmatiforme.	Orale=7jrs.	7 Jours.	Bonne évolution.	Hb=12,2 gle Hte=39% GR=4M400 000 GB=12 800 Hb=12,9gle Hte=43% GR=4M700 000 GB=9200 VS=27/39 ---13/23 Calcémie=93mgle---97mgle	Amélioration nette des signes clinique.
65	H. Sofione 8kg	6m.	Bronchite asthmatiforme Rachitisme.	Orale=7jrs.	7 jours.	Très bonne évolution	Hb=11,8gle Hte=36% GR=4 M 10000 GB=13700 Hb=12,1gle Hte=37% GR=4M200 000 GB=7900 VS=33/52 ---19/31 Calcémie=85mgle---89mgle Calciumie=35mgle.	Très bonne amélioration.
66	R. Adam 11,500K	18m.	Bronchite asthmatiforme.	Orale=7 jrs.	7 jours.	Bonne évolution	Hb=12,2gle Hte=43% GR=4M500 000 GB=12 200 Hb=13,3gle Hte=45% GR=4M700 000 GB=10200 VS=55/75 ---20/41 Calcémie=97mgle---100mgle	Bonne amélioration au contrôle.
67	C. Mouradine 18kg.	5ans	Bronchite asthmatiforme.	Orale=7jrs.	7 jours.	Très bonne évolution	Hb=12gle Hte=36% GR=4M700 000 GB=11400 Hb=12,8gle Hte=39% GR=4M600 000 GB=7900 Vs=14/40 ---9/21 Calcémie=94mgle---94mgle Calciumie=72mgle---72mgle	Amélioration très rapide de la dyspurée.
68	H. Mourad 20kg.	5ans	Bronchite asthmatiforme.	Orale=7jrs.	7 jours.	Bonne évolution	Hb=12,1gle Hte=40% GR=4 M 6000 000 GR=7000 Hb=12,3gle Hte=42%	Bonne amélioration

74	H. Aïchp 6ans	Crise d'Asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Bonne évolution	Hb=8g/le Hte=30% GR=3 M 400 000 GB=5600 Hb=9,2g/le Hte=35% GR=3 M 900 000 GB=6000 VS=20/31 ---9/15 Calcémie=94mg/le--94mg/le Calciumie=110 mg/le	Bonne amélioration à l'examen de contrôle
75	M. Rabah 6ans	Crise d'Asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=12,2g/le Hte=40% GR=4 M 100 00 GB=8600 Hb=14g/le Hte=44% GR=5 M 000 00 GB=10 800 VS=15/44 ---12/38 Calcémie=90mg/le--92mg/le Calciumie=120mg/le--120mg	Rapide amélioration
76	B. Sofiq ne 20kg	Crise d'asth- me trachi- 5ans: tisme	Orale=7 jrs.	7 jours	Moyenne	Hb=16 g/le Hte=43% GR=5 M 300 000 GB=71 00 Hb=9,2g/le Hte=36% GR=4 M 000 00 GB=9200 VS=35/84 ---20/51 Calcémie=98mg/le--95mg/le Calciumie=62mg/le--72mg/le	Amélioration moyenne de l'état général. Bonne amélioration pulmonaire.
77	M. Ali 33kg.	11ans: Crise d'asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=13,1 Hte=40% GR=4 M 400 000 GB=41 00 Hb=14,2 Hte=40% GB=5 M 600 000 GB=7 800 VS=40/80 ---21/53 Calcémie=96--109mg/le Calciumie=109mg/le--91mg	Amélioration rapide

78 D.Ahmed 10ans	Crise d'asthme.	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=14g/le Hte=44% GR=5M500 000 GB=7400 Hb=13,4g/le Hte=43% GR=5M500 000 GB=6000 VS=32/65---6/15 Calcémir=31mg/le--96mg/le CALCIUMIE=36 mg/le	Amélioration très rapide de la crise.
79 A.Yacin 21Kg500	Sans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=14,6g/le Hte=45% GR=6 M 50000 GB=10 600 Hb=13,2g/le Hte=45% GR=5M300 000 GB=7600 VS=30/72---10/40 Calcémie=92---100 mg/le Calciumie=96---46mg/le	Amélioration très rapide de la crise d'asthme.
80 K.Abdel wahab 20kg	7ans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 Jours	Bonne évolution	VS=20/64---3/17 Calcémie=98---98mg/le Calciumie=68mg/le--97mg	Bonne amélioration de la crise.
81 B.H. salehdi ne 20kg	7ans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 Jours	Bonne évolution	Hb=11,6g/le Hte=40% GR=4M800 000 GB=7600 VS=42/63 Calcémie=84mg/le Calciumie=72mg/le	Enfant A demandé Oradexon car résultats négatifs avec les autres traitements.
82 A.Radouane 15kg.	2an 1/2 Crise d'asthme	Orale=7jrs	7jrs	Bonne amélioration	Hb=12,2g/le Hte=39% GR=5M100 000 GB=10 800 Hb=13,2g/le Hte=41% GR=5 M 200 000 BG=8800 VS=40/65 Calcémie=104 Mg/le	Bonne amélioration de la crise d'asthme

83	A. Tahar 5ans 18kg.	Crise d'asthme	Orale=7Jrs.	7Jours	Très bonne évolution	Eched de la Téophycli- ne, relai par Oradexon qui arrête très rapi- dement la crise d'asthme.
84	G. gania 17kg.	9ans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne amélioration	HB=14,8g/le Hte=41% GR=5 M 300 000 GB=7 000 VS=15 44 Calcémie=90 mg/le
85	S. Nacim 7ans	Crise d'asthme	Orale=5jrs.	5 jours	Très bonne amélioration	Très rapide améliora- tion, sans nouvelles crise depuis.
86	K. Kamel 35kg.	12ans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne amélioration	Amélioration rapide de la crise d'asthme.
87	A. fati ha 20kg.	7ans Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Moyen	enfant déjà traité par différents con- troids lacunes d'Oradexon.
88	B. Halim 5ans	Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hbb=44% Hb=12,3g/le GR=4M600 000 GB=9 900 Hbb=5% Hb=13,2g/le GR=4 M800 000 GB=8 700 VS=15/38--11+21 Calcémie=92mg/le--98mg/le Calciumie=73 mg/le

88	Suite	3an	Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=13,5gls Hte=45% GR=4M400 000 GB=9600 Hb=13,6gls Hte=46% GR=4M600 000 GB=9100 VS=29/54---13/27 Calcémie=88mgls--98mgls Calciumie=55mgls--57m	Amélioration nette de la crise
89	E. Hoci ne 16kg.	3an	Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=11,3gls Hte=41% GR=4M100 000 GB=10600 Hb=12,2gl Hte=43% GR=4M30000 GB=8700 VS=24/66---12/37 Calcémie=99mgls--102mgls Calciumie=68 mgls	Amélioration très rapide de la crise.
90	C. Mou ni 15kg	6an	Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=12,9gls Hte=45% GR= 4 M 800 00 GB=11700 Hb=13,2gls Hte=46% GB= 4 M 200 00 GB= 7900 VS=19/27---9/17 Calcémie=95mgls--97mgls Calciumie=43 mgls	Nette évolution de la crise.
91	M. Mokh- tar	8ans	Crise d'asthme	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hte=46% Hb=13,6 gls GR= 5 M 400 000 GB= 6000 Hte=45% Hb=13,6gls GR= 5 M 200 000 GB= 7200 VS=11/35---7/19 Calcémie=96 mgls Calciumie=176 mgls	Très bonne améliora- tion de l'état cli- nique.

90 C. Mou
T. 15/10

ban

91 M. Mokh-

92	B. Sa lah	10an	Crise d'asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Moyenne	Hb=12,4g Hte=38% GR= 4 M 700 000 GB=7400 Hb=12,6g Hte=39% GR= 4 M 800 000 GB= 7400 VS=30/79 ---20/60 Calcémie=98mgle--98mgle Calciumie=96mgle--120mg	Ce traitement a nécessité. 2 cures d'Oradexon (évolution 4) avec les autres produits.
93	M. Zou hair 24kg	6an	Crise d'asthme	Orale=7 jrs	7 jours	Bonne évolution	Hb=13,2g Hte=42% GR= 4 M 600 GB= 9200 Hb=14,6g hte=46% GR= 5 M 900 GB= 11600 VS=5/24 ---5/13 Calcémie=92---94mgle Calciumie=52---38mgle	Bonne amélioration, on a prolongé le traitement de l'Oradexon, car la crise est très rapprochée.
94	B. Dia- nel	9an	Crise d'asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=13,1g Hte=41% GR=8600 VS=25/63 Calcémie=92 mgle Calciumie=130 mgle	Amélioration très rapide.
95	R. Ra- chid 24kg.	7ans	Crise d'asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=12 g Hte=40% GR= 4 M 500 000 GB= 9 000 VS=15/53 Calcémie=95 mgle Calciumie=180 mgle	Amélioration très rapide.
96	H. med. Saïd.	7an	Crise d'asthme	Orale=7 jrs.	7 jours	Bonne évolu- tion de la 1er crise mais les crises se sont répétées.	Hb=15 g Hte=45% GR= 5 M 600 000 GB= 8600 Hb=14,8 g Hte=47% GR= 5 M 40000 GB= 8400 VS=19/47 ---9/27 Calcémie=93 mgle Calciumie=98 mgle	1er crise est amendé rapidement, mais nouvelles crises aux cours de l'expérimentation.

97	B. Samira: 3an 14kg.	Eczéma cons- titutionnel généralisé	Orale=7jrs.	7 jours	Moyenne	Hb=13 gle Hte=43% GR= 5 M 100 000 GB=14500 Hb=13,2 gle Hte=45% GR= 5 M 100 000 GB= 12000 Calcémie=82 mgle--93mg1 Calciumie=68 mgle	Amélioration moyenne Nécessite une longue cure qui n'a pas entièrement enlevé les lésions.
98	D. lyn- da 10kg600	Dermite allergique généralisée +trachitisme	Orale=4jrs.	4 jours	Très bonne évolution	Hb=10,8 gle Hte=37% GR= 4 M 400 000 GB= 13000 Calcémie=96 mgle	Amélioration très rapide. A reçu seule- ment 4 jours de trai- tement.
99	A. Med 7ans	Dermite généralisée allergique	Orale=7jrs.	7 jours	Très bonne évolution	Hb=12,2 gle Hte=44% GR= 4 M 200 GB=15 200 Calcémie=100 mgle	Très rapide améliora- tion. disparition des lésions au cour du 4eme. jours.
100	D. Abdel: 13 koder 35kg.	Eczéma cons- titutionnel généralisé	Orale=12jrs	12 jours	Très bonne évolution.	Hb=11,4 Hte=42% GR= 4 M 700 000 GB=9200 Hb=13,4 Hte=45% GB= 5 M 100 000 GB=20 000 VS=10/15 Calcémie=94--97 mgle	Très rapide améliora- tion (4jours). On a maintenu le traitement pour les risques de récidivismes.

Quelques observations typiques

Observation n° 1 :

Ben...Hassiba F. 10 mois 9 kilogs 500.

1) aspect avant traitement :

malade admis par la garde en défaillance cardio respiratoire. On note cyanose péri-buccale et des extrémités, une dyspnée à type de polypnée, tirage sus et sous sternal.

2) Diagnostic :

Bronchopneumopathie aigüe dyspnéisante en décompensation cardio-respiratoire sur terrain rachitique.

3) traitement :

Oradexon en intra-veineux : 3 jour
Perfusion contenant pénicilline et terramycine : 3 jours
puis Oradexon-Elixir orale : 2 jours
Abbotticine et bactisubtil : 6 jours

4) Aspect après traitement :

Les manifestations pulmonaires se sont amendées très rapidement, une fois le stade de défaillance débassé.

Observation n° 2 :

Abd.... Mohamed M. 7 ans

1) aspect avant traitement :

éruption érythémato-papulo-vésiculeuse à la suite d'injections de de Gentalline, débutant au niveau du puis extension à tout le corps signes d'accompagnement : oedème du prurit intense.

2) Diagnostic :

Dermite généralisée allergique.

3) traitement :

Local : violet de Gentiane : 7 jours
Néomycine pommade
Général: Oradexon-Elixir : 7 jours.
Terramycine : 1c à café 3 fois par jour: 7 Jours
Théralène sirop : 7 jours

4) Aspect après traitement :

.../...

disparition des lésions après 4 jours de traitement

Observation n° 3

Deg...Abdelkader M. 13 ans 35 kilogs.

1) aspect avant traitement.

Lesions cutanées à type de squames croutelles sur tout le corps ayant débuté à l'âge de 6 mois chez ce malade au niveau de la mal-léole interne.

2) Diagnostic :

Eczéma constitutionnel généralisé.

3) Traitement :

Bains de permanganate : 15 jours

Pyostacine : 4 comprimés par jour : 15 jours

Bastisubtil : 2 gélules p r jour : 15 jours

Oradexon elixir : pendant 15 jours.

4) Aspect après traitement.

Nettoyage rapide des lésions, déminution du grattage bons résultats dès le 4ème jour.

Observation n° 4 :

Bab...Salahdine . 7 ans 20 kilogs
enfant amené à la garde en crise d'asthme typique.

1) traitement :

Totapen : 1g/jour : 7 jours

Prénoxan : 2 centigrammes : 7 jours

2) Aspect après traitement :

La mère signale une amélioration rapide de la crise d'asthme.

Observation n° 5

Djeb...Abdenmour . 6 mois 6 Kilogs 100.

1) Aspect avant traitement :

Enfant amené à la garde avec une polypnée expiratoire, tira-ge sus sternal et sus diaphragmatique, battements des ailes du nez toux quinteuse.

2) Diagnostic .

Bronchite asthmatiforme sur gros rachitisme

3) Traitement :

.....

Oradexon intra-veineux : 2 jours

puis oradexon-Elixir : 7 jours.

Perfusion contenant pénicilline - terramycine : 3 jours

puis Oracilline - Bactisubtil : 6 jours

4) Aspect après traitement.

Les signes dyspnéiques ont rapidement rétrocéde bonne évolution de l'état clinique.

RÉSULTAT

- Résultats cliniques
- Commentaires

Résultats cliniques

Nous avons dans notre étude défini certains critères de guérison clinique :

- Amélioration rapide de l'état général
- Apyrexie (pour les enfants hospitalisés)
- Disparition des signes auscultatoires
- Disparition de la dyspnée

Nous avons pu ainsi dresser des tableaux résumant l'évolution générale de la maladie, selon les différentes catégories.

Dans les différents tableaux :

- Evolution rapidement favorable signifie que tous les signes de la maladie ont rétrogradé dans les 4 premiers jours de traitement.

- Bonne évolution : signifie disparition des signes cliniques dans une période de 8 jours.

- Evolution moyenne : on a obtenu une bonne évolution après 2 cures d'oradexon.

- Evolution médiocre : résultats négatifs, on a abandonné l'oradexon, on a utilisé le plus souvent de la téonhylline

- 2 enfants sont décédés en cours de traitement (au tout début).

Evolution Clinique des B P A D chez nos malades

Mode d'Evolution	Nombre	Pourcentage
Evolution rapidement favorable	25	50 %
Bonne Evolution	18	36 %
Evolution Moyenne	2	4 %
Evolution Médiocre	3	6 %
Echec du traitement (Enfant décédé)	2	4 %
Nombre total	50	100 %

Evolution Clinique des crises d'asthme amenées à la garde
de pédiatrie

Mode d'Evolution	Nombre	Pourcentage
Evolution rapidement favorable	14	56 %
Bonne Evolution	5	20 %
Evolution moyenne	5	24 %
Evolution médiocre	0	0
Nombre total	25	100 %

Evolution Clinique des bronchites asthmatiformes

Mode d'Evolution	Nombre	Pourcentage
Evolution rapidement favorable	10	47,61 %
Bonne Evolution	8	38,09 %
Evolution moyenne	1	4,76 %
Evolution mediocre	1	4,76 %
Echec (enfant décédé)	1	4,76 %
Nombre total	21	100 %

Tableau Général d'Evolution

Mode d'Evolution	Nombre	Pourcentage
Evolution rapidement favorable	49	51,01 %
Bonne Evolution	31	32,29 %
Evolution moyenne	9	9,37 %
Evolution médiocre	4	4,16 %
Echec (enfant décédé)	1	1,12 %
Nombre total	96	100 %

1°) l'évolution sous traitement a été satisfaisante . Pour une grande majorité des cas, une évolution rapidement favorable s'est effectuée entre le 4ème et le 8ème jour du traitement . On note entre autre :

- . amélioration rapide de l'état général
- . la courbe thermique se normalise très rapidement
- . la dyspnée régresse au bout d'une moyenne de 48 heures avec disparition des signes de tirage .
- . les signes auscultatoires régressent rapidement et dans la plupart des cas, se sont amendés entre le 4ème et le 8ème jour .

Cette évolution favorable concerne 80 malades soit : 83,30% des malades traités par l'oradexon-élixir en pédiatrie .

2°) 16 malades ont réagi de façon différente à l'oradexon-élixir :

. pour 9 malades, en cure de traitement, on eut la réapparition des signes cliniques (hyperthermie, léger tirage) . Chez ces malades, nous notons diverses associations (rachitisme important, déshydratation par gastro-entérite) . Cette reprise des signes nous obligeait à prescrire une nouvelle cure d'oradexon-élixir .

Il en était également ainsi de crises répétitives d'asthme que les parents nous amenaient au service à chaque nouvelle crise .

Pour 4 malades, nous n'avons aucune amélioration avec le traitement.

Il s'agissait de 3 B.P.A.D. dont l'une ne justifiait pas le traitement . Une bronchosiopie pratiquée chez ce malade montre l'existence d'un granulome qui serait à l'origine de la bronco-pneumopathie .

Les autres cas d'échec étaient dûs à des rachitismes très importants.

. 3 enfants sont décédés dans la clinique en cours de traitement .

On retrouve la notion de détresse cardio-respiratoire, qui a entraîné un collapsus irréversible .

Résultats obtenus en dermatologie

Le peu de cas obtenus en dermatologie ne nous permet pas de dresser de statistiques, mais l'on donnera cependant les résultats observés chez les malades traités :

- nous avons traité à la salle TZANOK un jeune malade de 13 ans qui présentait un eczéma constitutionnel généralisé. Le traitement par l'oradexon a donné très rapidement d'excellents résultats, cependant nous avons préféré poursuivre le traitement pendant 12 jours pour consolider les résultats acquis, vu la chronicité des lésions qui avaient apparu dès l'âge de 6 mois .

- une dermite généralisée allergique fut également soumise à l'oradexon . La durée d'évolution fut très courte . Au bout de 4 jours on avait une disparition totale de toutes les lésions .

Nous avons également soumis une petite enfant de 3 ans 1/2 à ce même traitement, l'évolution de l'eczéma constitutionnel fut bonne. On a été cependant obligé de maintenir un traitement de 15 jours .

Dans le service Parrot, un enfant atteint de B.P.A.D, présentait en plus une dermite généralisée allergique qui céda rapidement, en même temps que les signes cliniques de la B.P.A.D. le peu de cas ne nous permet pas de tirer de conclusion, mais les cas soumis à ce traitement en dermatologie ont donné de très bons résultats .

Commentaires

Au terme de cette étude, nous nous devons de faire certains commentaires concernant cette nouvelle thérapeutique .

Le nombre de cas traités nous permet de penser que l'oradexon élixir est un traitement de grande valeur dans les affections pulmonaires de l'enfant . Cependant les accidents observés sous corticothérapie sont-ils rencontrés au cours de ce traitement ? La durée courte du traitement (de 4 à 20 jours) ne nous a pas permis d'observer les accidents rencontrés au cours de la corticothérapie habituelle .

Nous avons déjà vu que les accidents tels l'arrêt de croissance, le "faciès en pleine lune" et l'insuffisance surrénale n'apparaissent que pour des traitements de très longue durée .

Quant aux commentaires sur le produit lui-même, nous pensons que la facilité d'administration, les posologies pratiques à l'utilisation ce mode d'utilisation, la voie d'administration ainsi que la durée du traitement nous permettent de penser qu'il est d'un apport certain dans la pathologie pulmonaire traitée fréquemment en milieu hospitalier et dans les services d'urgence .

La prescription d'oradexon-Elixir a toujours été accompagné d'une prescription d'antibiotiques, fréquemment d'une thérapie calcique, pour les malades hospitalisés nous avons également eu recours à l'oxygénothérapie et à l'injection d'oradexon en intra-veineux .

L'injection intraveineuse d'oradexon :
a été uniquement prescrite aux enfants hospitalisés . Pourrait-on en conclure que seule l'habitude d'autres schémas thérapeutiques nous poussaient à une telle initiative ?

Tout d'abord une constatation s'impose, les enfants traités en ambulatoire étaient traités uniquement par l'Oradexon-elixir. Nous avons cependant obtenu sensiblement les mêmes résultats.

Les enfants hospitalisés qui nous étaient adressés, arrivaient presque tous dans un état critique, bien proche de la défaillance cardio-respiratoire.

Nous devons signaler également que les enfants étant hospitalisés en urgence, nous avons délaissé le côté expérimental du travail pour n'avoir qu'une attitude médicale, face au danger vital que représente pour nos services les collapsus entraînés par un état cardio-pulmonaire défaillant.

2 L'oxygénothérapie :

Les pneumopathies entraînant des désordres des pressions sanguines, il nous était dicté de prescrire une oxygénothérapie en discontinu.

3 Les antibiotiques :

Au cours des traitements par les corticoïdes il est d'usage de prescrire des antibiotiques. Au cours de notre expérimentation les antibiotiques étaient prescrits face à une atteinte de la sphère O.R.L. ou toute autre lésion nécessitant une antibiothérapie (ex. eczéma infecté).

Nous n'avons traité aucun sujet sans association d'antibiotiques.

4 La calcuthérapie :

Là aussi l'attitude courante au cours d'un tel traitement nécessite la prescription de calcium.

Notre travail nous a amené à prescrire de l'Oradexon associé à du calcium que dans le cas de rachitisme constaté cliniquement, auquel cas nous faisions une cure calcique suivie d'une injection de stérogyl.

Les autres enfants n'ont pas bénéficié de cette association .
Les examens biologiques pratiqués ne nous montrent pas de perturbations calciques imputables à notre corticoïde .

5 Adjuvants .

Nous n'avons prescrit aucun autre adjuvant (exemple pansement gastrique). Nous l'aurions fait en cas de signes d'intolérance digestive (jamais signalée même chez les grands enfants).



CONCLUSIONS

Notre expérimentation qui s'étend de la mi-Décembre à la mi-Juin 1974 a été consacrée au traitement de 96 cas d'atteinte pulmonaire, ainsi que 4 cas de dermatologie dont l'un associe une atteinte pulmonaire (bronchopneumopathie aiguë dyspnéïsante) à une atteinte dermatologique (Dermite allergique généralisée).

Dans notre travail, nous avons eu pour principal objectif de juguler rapidement les manifestations dyspnéïssantes qui bien souvent aboutissent à un état de défaillance cardio-respiratoire précipitant nos jeunes malades dans le collapsus.

Nos patients âgés de 8 à 12 ans nous étaient adressés le plus souvent dans un état général critique ou "alors" dans un tableau de défaillance cardio-respiratoire.

Les cas sélectionnés étaient alors soumis au traitement par un corticoïde original par sa présentation pédiatrique. Ce produit : Oradexon-Elixir (produit Organon) contient 0,05 mg de phosphate sodique de dexaméthasone pour 1ml de produit.

Nous eûmes ainsi à traiter 5 rubriques de cas pathologiques :

- bronchopneumopathies aiguës dyspnéïssantes soit 50 cas ou 50%
- asthmes de l'enfant en crise : 5 cas ou 25%
- bronchites asthmatiformes : 21 cas ou 19%
- eczémas constitutionnels : 2 cas ou 2%
- dermites allergiques généralisées : 2 cas ou 2%

L'Oradexon-Elixir a été prescrit selon des doses dégressives, comme pour toute corticothérapie. La posologie tenait compte de l'âge du malade et de son état clinique. La prescription de l'oradexon variait de 4 à 20 jours.

Chaque administration a été surveillée :

1) Sur le plan clinique : par la surveillance quotidienne de nos enfants hospitalisés en notant :

- l'évolution de l'état général du malade .
- l'évolution des manifestations dyspnéiques .
- l'auscultation pulmonaire et cardiaque .
- l'étude de la courbe thermique .
- les réactions possibles au traitement .

L'évolution clinique a été favorable dans 84 cas soit 84% des malades traités .

8 cures d'oradexon ont été renouvelées soit 8% .

On retrouve 5 évolutions médiocres soit 5% et nous avons déploré le décès de 3 jeunes malades hospitalisés, en cours de traitement . Ces cas étaient vraiment au dessus de toute ressource thérapeutique.

2) Sur le plan biologique :

Une formule de numération sanguine, une vitesse de sédimentation, une calcémie et une calciurie étaient effectuées systématiquement à l'institution et à l'arrêt de la corticothérapie .

Les malades traités en ambulatoire étaient réexaminés au bout de 8 jours et nous demandions à cette occasion les mêmes examens biologiques que pour les enfants hospitalisés .

3) Sur le plan radiologique :

De même que pour la biologie, nous avons jugé nécessaire de pratiquer un téléthorax au début et en fin de traitement .

Au terme de cette étude nous avons constaté que 45 malades présentaient en association un rachitisme important, et 19 malades une gastro entérite sévère .

Ces remarques nous font évoquer la place de la prévention et de l'éducation sanitaire et nutritionnelle des familles . Cette prévention mérite une attention toute particulière . C'est dans ce vaste cadre que des problèmes comme le rachitisme et les gastro entérites qui entraînent des déshydratations importantes, trouveront leur solution .

Le rôle des services de protection maternelle et infantile n'est plus à signaler, mais leur nombre sans cesse croissant améliorerait grandement les pronostics médicaux en octroyant une meilleure résistance aux diverses affections qui sévissent au sein de notre population d'enfants .

Nous estimons, en conclusion de cette étude, avoir trouvé dans l'oradexon-élixir un corticoïde original pour le traitement des manifestations allergiques et broncho-pulmonaires de l'enfant .

La tolérance, l'acceptabilité, l'absence de phénomènes secondaires du produit nous poussent à penser que l'oradexon elixir mérite une place de choix dans l'arsenal thérapeutique corticoïde .

- B I B L I O G R A P H I E -

1) Akuzenko(J) et Glives (J) :

La fonction corticosurrénalienne chez l'enfant asthmatique
relevant des stéroïdes un jour sur deux .

Arch. Dis. Child Juin 1971; 46, 247, 366, 370

2) Albahary (Cl), Beau (A) et Coll :

Les accidents digestifs de la corticothérapie chez l'enfant
Pédiatrie 1960 - n°1 .

3) Beau (A) Neimann (N) Prévost (J) Lenseignes (F) :

Les accidents digestifs de la corticothérapie chez l'enfant
Pédiatrie 1960 - 15 n°1 .

4) Berheim (M) Roche (L) Berthenod (M) :

Les accidents thérapeutiques en médecine infantile
Rev. Lyon Med. 30 Avril 1959, 8 - 609 - 618 .

5) Bickel (G) :

Considations sur le choix et les effets secondaires des
dérivés cortisoniques .

Chémothérapie Vol.I, n°2 1960 - 66 - 79

6) Begemann (H) Kaboth (W) :

Effets secondaires des dérivés de la cortisone .

Intermist 8 n°3, 85 - 94/1967 référence n°1967

7) Boland (E.W) :

Clinical comparison of the newer anti inflammatory cortico-
stéroïds - Ann Rheum - Dis 21, 176, 1962 .

8) Bonnet (H) Dumas (M) Rieu (D), Rey (J.M), Jean (R) :

Etude clinique de l'Asthme infantil

Journal de médecine de Montpellier Tome VI, n°5 Mai 1971
p. 227 - 237 .

- 9) Bonnet (H), (J.C) et Jean (R) :
traitement de l'asthme infantil
Journal de médecine de Montpellier Tome VI- n°5 mai 1971
p.260- 266 .
- 10) Bonnet (H) , Jean (R) :
L'asthme de l'enfant
Journal de médecine de Montpellier
Tome VI n°4 Avril 1971 - p. 182 - 212 .
- 11) Bougarau (A.J) Parienter, Le Grand M, et Bronet G :
Aspect ultrastructural de l'état de mal asthmatique
Nouv. Presse Med. 1972, 37, 2457 - 2462 .
- 12) Boyer (J) :
HTA et hypercorticisme
Marseille Med. Fr 1971, 108, n°11, 767 - 768
- 13) Carcassone (M) Bergoin (M) Uval (D) Girard (J.P) Menguy (P) :
Complications de la corticothérapie prolongée
Marseille chirurgical 1969, 21 , n°3 mai-juin .
- 14) Charpin (J) :
Quoi de nouveau dans le traitement de l'asthme ?
Rev. Prat. 1972, 30, 311, 316 .
- 15) Charpin (J), et Aubert (J) :
Corticothérapie alternative dans l'asthme bronchique
Gaz. Hôp. 1969, 29, 787, 790 .

I6) Charpin (J) Boutin (C) Aubert (J) Arnaud (A) Zafiropoulo (A)
Rocca-Serra (J.P) :

Mise en place d'une étude prospective de l'asthme infantile
Ann. Pédiat. 1969, 45, 316 .

I7) Chavy (A) et Coll :

Les ulcères cortisoniques perforés de la grande courbure
gastrique .

Gaz. Med. France 2 Nov 1966 .

I8) Courtecuisse :

La corticothérapie prolongée chez l'enfant .

Concours méd. 1969 - 91, n° 48, 8, 823, 8 , 829 .

I9) Derenne (J.PH) :

Conceptions actuelles et indications thérapeutiques de
l'état de mal asthmatique .

Thèse méd. Paris 1972 .

20) Eberleim (W) et Coll. :

De and treatment : the complications of stéroïds treatment
Pédiatries : 1967 - 40 - 279- 282 .

21) Encyclopédie Médico-Chirurgicale :

Les corticostéroïdes dans le traitement des infections
Thérapeutique - 6-1973 Tome I - 250 I3 A10

22) Flammarion Ed .

p. 738 - 1962 .

Les hormones cortico-surrénales .

23) Etienne (Th) née Prual :

Complications digestives de la corticothérapie
Thèse Med. Paris 1971

24) Farmitatia, Bertazoli (C), Chiali (J), Rinecuti (G) :

Etude expérimentale de la tolérance d'un nouveau stéroïde
anti inflammatoire : Formocortal (F)
J. Toxicol . 4, n°2 88 - 96/1971

25) Fiore (L) Rossini (E) :

Observations d'enfants soumis à une combinaison de dexamé-
thasone et hydroxocobalamine .
Minerva med. Go, 45, 2248 - 53/1969

26) Fournier (A) :

Etat fonctionnel de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosur-
rénalien après corticothérapie prolongée
Rev. du Prat, 25 Avril 1966 .

27) Freadmann (S.S), Peltier (G) :

Asthma in childhood. Result and treatment in 1070 cases
Ann. Allergy 1970, 28, 133 .

28) Grislain (J.R) et coll :

Les accidents de la corticothérapie, les accidents en thé-
rapeutique pédiatrique .
XIXè congrès de l'Association des pédiatres de langue
française 1963, l'expansion Edition .

29) Grislain (J.R) et coll ; Grevseaux (J.C) et coll :

Maladies infectieuses sous corticothérapie au long cours.
Sem. des Hôp. Paris 8 Janv. 1963 .

30) Grislain (J.R) :

Accidents de la corticothérapie

19ème congrès de Pédiatrie de langue française 1963.

31) Germonty (J), Demenet (B), Charles (A) , Serizay (B) :

Quelles sont les erreurs à éviter dans le traitement de l'asthme ?

Sem. des Hôp. Paris 1971, 47 ,557 - 580 .

32) Harter (J.C) Normann (P.S), Winkenwerder (W.L) :

Comparaison du traitement de la fièvre des foins d'ambrosie par la dexaméthasone intranasale contre la dexaméthasone orale et par le synalair intranasal avec ses acétates .

J. Allergie 43, n°3, 179 - 180/1969 .

33) Hume (K), and Jones (E.R) :

Broncho dilatores and corticostéroïds in asthma, Lancet 1960, 2, 1319 - 1322 .

34) Iancu (A) , Pop (O) et coll :

Accidents de la corticothérapie en pédiatrie .

19ème congrès des pédiatres de langue française, 1963
tome IV - 269 .

35) Jacosi (J) Boettcher A:

Les effets et les actions secondaires des corticostéroïdes

36 Thérapiewoche 21, n°18, 1475 - 8 L 1971.

36) Lissac (J), Lasnousse J, Lenormand (M.E), Meyer (A) :

L'état de mal asthmatique

Rev. Prat. Paris 1973, 23, 17 , 1529- 1539 .

37) Lyon Médicale France (1971) :

Etat actuel de la corticothérapie, 226 n°16, 411 - 428

38) Mahoudeau (J.A) :

La corticothérapie dans les maladies endocriniennes

Rev. Med. Fr (1972) 13, 821, 822, 824, 826, 828 .

39) Meyer (E), Fallet (G) :

Effets secondaires et accidents de la corticothérapie
prolongée .

Praxis. 1960 - 50 - 1 - 175 - 1.188 .

40) Meynadier (J) :

Asthme infantile . Etude clinique et évolution à propos
de 355 cas . Thèse Montpellier 1968 .

41) Mirouze (J) :

Insuffisance surrénale post cortisonique

Revue médecine, Juin 1967 .

42) Mosbech (J) :

La corticothérapie cause de décès ?

Dan. Med. Bull. 1961, 8 - 25 in Med et H yg.

Mai 1961 - 504 - 409 .

43) Mullick (F.G) Drake (R.M) :

Effets secondaires des médicaments : une étude clinique pa-
thologique de 200 nourrissons et enfants .

J. Pédiatrie, mar. 1963, 82 , 3, 506 - 510 .

44) Royer (P), Vermeil (G) :

Fb. particuliers soulevés par la corticothérapie chez

l'enfant.

Rev. Prat. 1960 - 10. 29. 3. 221.

45) Shubert (R) :

L'état actuel de nos connaissances sur les effets secondaires des glucocorticoïdes .

Thérapieweche 18, n°52, 2337 - 42 (1968)

46) Sulbach (E), Sulzbach :

Compte rendu sur l'utilisation de dexaméthasone .

Med. monat sschr. 24 n°2 - 78 - 81/1970 .

47) Turiáf (J), Basset (G), Georges (R), Jeangeau (Y), Battesti (J):

Complications de la corticothérapie au long cours appliquée au traitement de l'asthme à dyspnée continue .

Bull. et mémoire de la Soc. Med. des Hôp. de Paris 1963.

114. n°I p. 10.

48) Turiaf (J) et coll :

Complications et répercussions hormono-sécrétives de la cortisonothérapie au long cours appliquée au traitement de l'asthme à dyspnée continue .

Bull. et Mém. S.M.R Paris n°I, 1963 .

49) Vialatte (J) :

Asthme et pseudo asthme du nourrisson et du jeune enfant

Rev. Prat. 1964 . 14 . 699 .

50) Vialatte (J) :

Pronostic de l'asthme chez l'enfant

Rev. Pédiatrie 1970 . 6. 695 .

51) Vialatte (J) :

L'enfant allergique, 1969 .

Expans. Scient. Franç. Edit., I Vol, Paris .

52) Well (J), Mme Bernfeld (J) :

Surveillance d'un enfant traité par la delta cortisone,

Entretiens de Bichat Thérapeutique 1957 P.60 La clinique

1958 - 522 - 223 .

53) Wolfrom (R), Charpin, Halpern (B.N) :

Maladies allergiques .

Paris - Flammarion Ed; p. 256 .

